

Le vécu de l'onco-sénologue

Annonce ? Quelle annonce ? Annonce de quoi ?

The point of view of the oncologist

●● A. Lesur *

Si l'information en cancérologie est ce qu'un médecin n'a pas envie de dire à un malade qui n'a pas envie de l'entendre, on peut admettre que la communication soit difficile.

N. Alby

Dans son éditorial, Daniel Serin rappelle très justement les réticences initiales, exprimées par une grande partie du corps médical devant la mise en place du dispositif d'annonce (DAA), liées à la possible remise en cause d'une relation personnalisée avec le malade qui, soudainement, sous prétexte d'une meilleure prise en charge, risquait d'échapper à la relation singulière soignant-soignée. Le médecin, appartenant à une structure ayant développé le dispositif d'annonce, sentait qu'il allait devoir se plier à des règles qui étaient, à première vue, suspectes d'être désagréables. En l'occurrence, ce chirurgien ou sénologue qui confirme plus qu'il n'annonce un diagnostic de cancer, qui le fait depuis fort longtemps, ayant vécu toutes sortes de situations au long de ses années d'exercice, n'avait pas vraiment envie qu'une jeune infirmière, malgré sa bonne volonté ou son joli sourire, propose de "l'aider" dans cette mission qu'il avait assumée depuis des années.

Il y a eu toutes sortes de confusions autour du dispositif d'annonce, à commencer par louer un système voué à une annonce qui n'en n'était pas une, car la patiente était la plupart du temps au courant de son diagnostic, cette annonce si traumatisante ayant précisément déjà eu lieu dans des conditions médiocres (entre deux portes, dans une salle de pansements, un soir tard, ou la veille d'un week-end). Car, en effet, si les États Généraux des patients ont rapporté cette demande majeure, prise en charge initiale de l'entrée dans la maladie, écoute attentive et empathique du médecin, cela confirme – ô combien ! – les situations de désarroi que les femmes ont pu vivre : ainsi, il suffit d'interroger les femmes jeunes sur les errances du diagnostic initial pour que cette panoplie de situations parfois ubuesques ("mais si avec le Progestogel® tous les soirs, vous verrez cela va passer" ou "mais arrêtez de vous palper, que voulez-vous que ce soit, à votre âge !") fasse douter de l'intérêt d'un dispositif d'annonce si coûteux, alors que le choc s'est produit à l'extérieur des

institutions de traitement. **Et pourtant, le dispositif d'annonce a bien eu un effet favorable...** Tout comme le dépistage mammographique généralisé a eu pour résultat une amélioration globale de l'ensemble du parc national radiologique, le dispositif d'annonce a créé une dynamique nouvelle, mettant en exergue auprès de tous les intervenants, ces moments clés trop souvent négligés, et qui, pourtant, portent en eux la genèse du vécu ultérieur de la maladie.

ALORS ANNONCE DE QUOI ?

Annonce du moment où l'on quitte le monde des bien-portants (ou des malades qui s'ignorent) pour devenir une de ces "cancéreuses", terme honni et pourtant encore utilisé, comme si la femme, qu'elle était encore une heure plus tôt, n'allait plus s'identifier qu'à travers la maladie qui atteint l'un de ses organes. Entre l'avant et l'après, un fossé s'ouvre sous les pieds de la patiente et va s'installer dans sa vie sans préambule. Le mot "annonce" comporte en soi tout un mécanisme mental de réactions, que ce soit à une bonne ou à une mauvaise nouvelle. Il crée par sa définition une rupture. Ainsi, cette annonce est un temps difficile pour celui qui reçoit l'information, mais également pour celui qui la donne. Certains ont voulu voir dans le dispositif d'annonce un enseignement de la bonne parole, des bons mots, des bonnes conduites, une sorte de mode d'emploi ou de manuel de "l'annonce pour les nuls". En fait, le dispositif d'annonce est davantage centré sur les

trois temps qui s'ajoutent au temps médical que sur la capacité psychologique de l'annonceur médecin. Certes, le médecin oncologue, qui est le plus souvent le chirurgien, va devoir faire "avalier la pilule" avec tact et empathie, et ce, avec d'autant plus de difficulté que quelques minutes au préalable, il n'avait jamais rencontré cette femme qui va devenir sa "patiente". Nous savons tous que certains sont plus doués que d'autres dans cet exercice, comme certains seront excellents orateurs, bons enseignants ou chercheurs de génie... Le dispositif d'annonce ne transformera pas le médecin froid ou maladroit, car mal à l'aise dans cette situation, en un communicant de talent. Cependant, le recours offert à d'autres interlocuteurs, à d'autres moments et dans d'autres lieux,



* Centre Alexis-Vautrin, avenue de Bourgogne-Brabois, 54511 Vandœuvre-les-Nancy.

offre un véritable filet de sauvetage aux patients. Ainsi, si la communication médecin-malade ne se trouve pas d'emblée modifiée, elle sera suivie de relais offrant une diversification des formulations. Que dire alors du dispositif d'annonce pour le médecin qui, en son âme et conscience, avait la sensation souvent réelle d'avoir le doigté et la finesse nécessaires pour trouver le ton juste dans sa relation avec son malade ? *Même les plus dubitatifs sont bien obligés d'admettre, à ce jour, que le dispositif d'annonce bien géré profite à tous, même à ceux qui, intuitivement, avaient fait de ce temps difficile un challenge.* Offrir aux patients un autre interlocuteur, une autre parole, dans un autre décor, voire à un autre moment, permet, d'une part, la prise en charge d'aspects qui, matériellement avec la meilleure volonté du monde, n'avaient pas pu être évoqués (*comment laisser mon chien seul pendant l'hospitalisation ?*) et, d'autre part, une reformulation importante des éléments du diagnostic. C'est accepter de "passer la main" et de travailler en solidarité complète autour du malade, en acceptant de le "partager". Marque d'humilité, mais aussi une reconnaissance d'un tissu d'entraide qui se noue autour de la patiente, la véritable constitution d'un réseau, d'une équipe pluridisciplinaire qui met en commun les compétences de tous, pour une prise en charge optimisée. Cela ne fait qu'anticiper ce que sera la filière thérapeutique, mettant en œuvre une succession de compétences différentes, se complétant au cours du temps dans l'optique d'offrir les meilleures chances de guérison. S'il est facile de comprendre ce que peut apporter, dans cette situation, l'infirmière d'annonce ou les différents interlocuteurs paramédicaux, comme l'assistante sociale, le kinésithé-

rapeute ou le psychologue, il est souvent moins question du quatrième temps, qui est celui du contact avec le médecin de ville. Et pourtant... qui n'a pas testé auprès d'une patiente le bénéfice majeur du coup de téléphone au médecin traitant ou au gynécologue, lui exposant les perspectives thérapeutiques, l'impliquant d'emblée dans l'équipe soignante ? Ce pont jeté entre les deux acteurs, hospitalier et praticien de ville, a des répercussions favorables immédiates : la patiente ne se sent pas seule une fois la porte de l'hôpital franchie, le médecin traitant ressent son rôle d'interlocuteur privilégié de façon forte, il est conforté auprès de sa patiente dans cette position. En ce qui concerne le médecin hospitalier, il sait que, la porte de son bureau fermée, l'être humain à qui il vient d'asséner des nouvelles difficiles, va avoir un recours et une aide. Là encore, beaucoup d'entre nous n'avaient pas attendu le dispositif d'annonce, pour savoir prendre un téléphone à la fin d'une consultation, mais la formalisation de cette démarche, souvent intuitive et compassionnelle, lui donne toute sa valeur. C'est cette relation naissante avec les interlocuteurs habituels de la patiente (médecin traitant, gynécologue) qui va permettre le déroulement de toute la suite du programme thérapeutique, tant en cours de traitement, qu'ultérieurement dans le cadre d'une surveillance partagée.

Cela doit signer la mort du "pavillon des cancéreux", inquiétant et inaccessible. Ce lien transversal va rompre l'isolement des uns et des autres et resitue la patiente au centre de l'équipe médicale, chargée de prendre soin d'elle et de ses proches. ■

